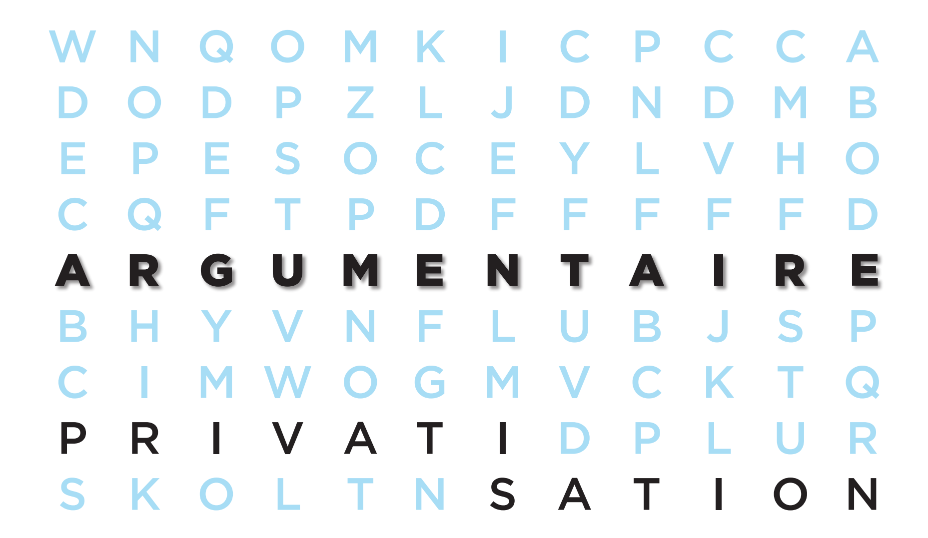


ARGUMENTAIRE PRIVATISATION

LE CHEMIN DU PRIVÉ EN SANTÉ



Mars 2008

Responsabilité politique
Michèle Boisclair
1re vice-présidente

Rédaction
Karine Crépeau
Lucie Mercier
Conseillères syndicales, secteur Sociopolitique

Révision
Marie Eve Lepage
Conseillère syndicale, service Communication-Information

Secrétariat
Francine Parent

LE CHEMIN DU PRIVÉ EN SANTÉ :
une réponse en six temps

6 — 2008 - Le rapport Castonguay

5 — 2006 - La Loi 33 et ses projets de règlement

4 — La contractualisation :
de nouvelles façons de faire des affaires

3 — 2006 - La garantie d'accès :
la réponse au jugement Chaoulli

2 — 2005 - Le jugement Chaoulli :
un argument contre le système de santé public

1 — 2003 - Une première brèche au système
de santé public : la Loi 25

LE PRIVÉ EN SANTÉ : À QUI PROFITE-T-IL?

Pour le milieu des affaires, le commerce des biens - déjà largement libéralisé - est aujourd'hui saturé. Parce qu'il représente un potentiel de croissance énorme, les gens d'affaires se tournent maintenant vers le commerce des services, y compris celui des services publics. Pour profiter pleinement de cette manne, les tenants de la privatisation prônent des changements qui visent à fragiliser le secteur public en faveur du secteur privé.

Le système de santé et des services sociaux du Québec n'y échappe pas : les lois 7, 17, 25, 30, 31, 33 et 61 sont des exemples significatifs des changements apportés à la réglementation par les élus, au service des gens d'affaires. Il est alors moins étonnant de constater que les critiques les plus alarmistes sur l'avenir du système de santé au Québec proviennent des élus et des représentants du milieu des affaires.

PLUSIEURS CHANGEMENTS, UN SEUL OBJECTIF

Plusieurs des changements introduits dans le réseau de la santé et des services sociaux visent essentiellement à paver le chemin du privé en santé. Les fondements du système de santé public - la prestation et le financement des soins publics - font l'objet de sérieuses remises en question.

La FIQ propose un document expliquant la façon dont s'opère le processus de privatisation dans le réseau de la santé et des services sociaux. Le *Chemin du privé en santé*, sous forme de questions réponses, présente chronologiquement l'évolution de ce processus.

Cet argumentaire énonce les premières brèches faites au réseau public de la santé ainsi que les récents développements qui ont permis d'ouvrir davantage la porte à la privatisation : la Loi 33, ses projets de règlement et le rapport Castonguay. Il se veut un outil visant la sauvegarde d'un système public de santé financé publiquement.

Bonne lecture!

Quels sont les arguments du gouvernement pour justifier le recours au privé en santé?

- **L'État n'a plus les moyens de payer**

  Faux et alarmiste. Il y a 20 ans, le Québec dépensait en moyenne 7,5 % de son produit intérieur brut (PIB) - valeur totale de la production des biens et des services de la province - pour les soins de santé. Au cours des dernières années et encore aujourd'hui, le pourcentage des dépenses en santé est demeuré exactement le même, soit 7,5 % de la richesse collective.

- **Le vieillissement de la population fait pression sur les coûts en santé**

  Faux. Le pourcentage d'augmentation des dépenses en santé attribuable au vieillissement de la population est de 1 %. Des pays au nord de l'Europe, comme le Danemark et la Suède, vivent cette situation et leur système de santé public est demeuré performant.

- **Le privé coûte moins cher**

  Faux. Il s'agit d'un mythe. Les coûts d'administration des assurances privées de santé sont plus élevés que ceux des assurances publiques. Au Québec, l'administration du système de santé public coûte de 3 à 6 % de la totalité du système de santé alors que l'administration d'un système privé coûte de 15 à 30 %. Où sont les économies à réaliser en recourant au secteur privé?

1. UNE PREMIÈRE BRÈCHE AU SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIC : LA LOI 25

Qu'est-ce qu'un réseau local de services (RLS)?

Le RLS est la stratégie d'intégration retenue par le ministre de la Santé et des Services sociaux, Philippe Couillard, comme solution à la fragmentation et à la duplication des services. Il avait pourtant le choix : il aurait pu permettre la création de réseaux virtuels. Le mécanisme d'intégration des services qu'il a retenu est le plus rigide qui soit; il est le résultat du regroupement des établissements par le biais de fusions forcées. La création de RLS aurait très bien pu se faire sans y inclure le secteur privé.

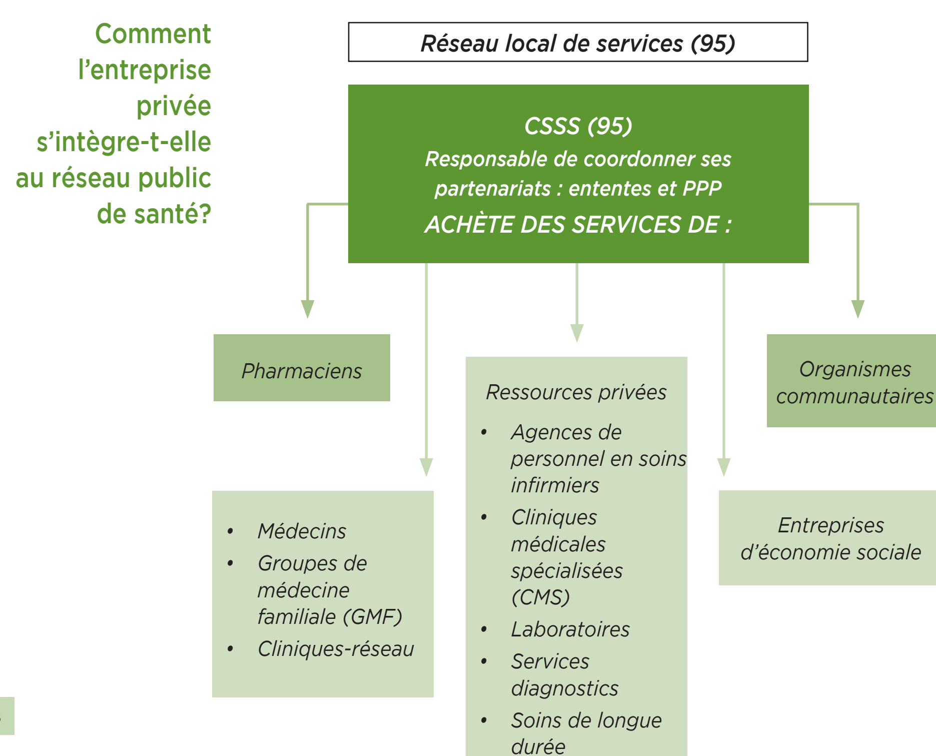
Dès 2003, la mise en place d'un nouveau mode d'organisation des services dans le réseau de la santé et des services sociaux traduisait l'objectif inavoué du gouvernement d'y introduire le secteur privé comme partenaire des RLS. La Loi 25 reconnaît les entreprises privées comme parties prenantes du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

Au cœur de chacun des 95 RLS se trouve un centre de santé et de services sociaux (CSSS). Les CSSS résultent de la fusion forcée des centres hospitaliers (CH), des centres locaux de services communautaires (CLSC) et des centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD). Toutefois, certains CSSS peuvent avoir été constitués sans centre hospitalier.

Quel est le rôle des CSSS au sein des RLS?

Par le biais de contrats de services, les CSSS sont responsables de coordonner les partenariats du RLS. Ces partenaires du réseau sont notamment des cabinets privés, des cliniques médicales, des cliniques de physiothérapie, des cliniques diagnostiques, des pharmacies, des cliniques de soins des pieds, des entreprises privées de ménage à domicile, des agences privées de personnel en soins infirmiers, des ressources intermédiaires, des ressources de type familial, etc. Tous ces partenaires de l'entreprise privée sont incorporés aux RLS.

Comment l'entreprise privée s'intègre-t-elle au réseau public de santé?



Pourquoi créer des réseaux de si grande taille?

Dans le contexte de la mondialisation des échanges, la taille des RLS - notamment le service des achats des nouveaux CSSS - est une façon de soumettre le secteur public de la santé aux accords de commerce et à la concurrence internationale.

La taille des RLS traduit également la volonté des employeurs du réseau de la santé et des services sociaux d'étendre la mobilité et la flexibilité de la main-d'œuvre. Il s'agit d'un objectif qui a largement teinté les demandes patronales lors de la négociation des matières locales.

Est-ce qu'une fusion forcée des établissements était nécessaire pour la création des RLS?

Non. Avant même le dépôt du projet de loi 25, certaines régies régionales de la santé et des services sociaux de l'époque - maintenant les agences régionales de la santé et des services sociaux - avaient entrepris, dans le respect de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS), la mise en œuvre des RLS.

La FIQ s'était-elle opposée aux fusions d'établissements?

Oui. Dès 2003, lors du dépôt du mémoire *Pour l'avenir des services publics... des projets de loi inutiles, incomplets et dangereux*, la FIQ s'était opposée aux fusions forcées, mécanisme des plus rigides parmi ceux existants. La FIQ proposait d'autres approches, considérées plus flexibles, plus efficientes, plus efficaces et faisant appel à une collaboration interdisciplinaire, telles que les protocoles d'ententes de soins et de services, les comités de concertation et les programmes conjoints.

Alors que la Loi 25 confiait aux agences de la santé et des services sociaux la mise sur pied d'un nouveau mode d'organisation des soins, la poursuite du Dr Chaoulli alimente les tenants de l'ouverture du système de santé public à l'entreprise privée.

2. LE JUGEMENT CHAOULLI : UN ARGUMENT CONTRE LE SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIC

En 2005, la Cour suprême du Canada rendait un jugement permettant aux Québécois-es de contracter des assurances privées pour payer des soins médicaux administrés par le secteur privé. Bien que ce jugement ne s'appliquait qu'aux services offerts par les médecins non participants au régime public, les tenants de la privatisation ont détourné cette décision à leur avantage.

Le jugement constitue également un levier politique pour le gouvernement du Québec. En 2006, prétextant solutionner les listes d'attente déraisonnables, le gouvernement fournit une réponse au jugement Chaoulli. Dans le document de consultation *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité*, le gouvernement fait connaître à la population les différentes visées qui, de manière implicite, mènent à l'élargissement du privé en santé.

3. LA GARANTIE D'ACCÈS : LA RÉPONSE AU JUGEMENT CHAOULLI

Que propose le gouvernement du Québec dans son document sur la garantie d'accès?

- La garantie d'accès public-privé pour les chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte;
- La garantie d'accès public pour les cas de cancer et les cardiopathies;
- La création de cliniques médicales associées (CMA);
- L'autorisation de l'assurance privée duplicative pour les chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte.

Le gouvernement propose-t-il une garantie de soins aux patient-e-s?

Non. Le gouvernement propose plutôt une garantie de choix aux patient-e-s : le choix de s'assurer ou non pour un service et le choix d'être traité-e-s par le régime public ou le secteur privé selon qu'ils-elles détiennent ou non une assurance privée.

En distinguant les soins qui représentent un danger pour la vie et la sécurité des patient-e-s (cardiologie tertiaire et radio-oncologie) de ceux qui n'en représentent pas (chirurgies du genou, de la hanche et de la cataracte), le gouvernement nuance la notion de garantie. Une garantie de soins est proposée pour les services de cardiologie tertiaire et de radio-oncologie, alors qu'une garantie d'accès est mise de l'avant pour les chirurgies électives.

Hanche, genou et cataracte : où sont traité-e-s les patient-e-s?

Dans le cas de ces trois chirurgies, pour les patient-e-s ayant une garantie d'accès, le délai d'attente détermine l'établissement où ils-elles sont traité-e-s :

- **Moins de 6 mois** : les patient-e-s sont traité-e-s dans leur établissement local, par leur médecin traitant ou par un autre médecin;
- **Entre 6 et 9 mois d'attente** : les patient-e-s ont la possibilité de se faire traiter dans un autre établissement public de leur région ou d'une autre région ou encore dans une CMA, aux frais de leur établissement;
- **Plus de 9 mois d'attente** : les patient-e-s peuvent se faire traiter dans une clinique à financement entièrement privé avec médecins non participants ou dans un établissement hors Québec ou hors Canada, aux frais du réseau public de santé.

Les patient-e-s assuré-e-s n'ont pas besoin de garantie d'accès; ils n'auront pas à attendre pour se faire soigner.

Existe-t-il une contradiction entre les objectifs de la garantie d'accès et ceux de la Loi 25?

Oui. Comme solution aux listes d'attente, la garantie d'accès offre l'accès à des services hors région, hors Québec, voire hors Canada. Cette mesure est en totale contradiction avec la Loi 25 qui visait à mettre en place un nouveau mode d'organisation des services dans chaque région, afin de rapprocher les services de la population et de les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus.

Le-la patient-e peut-il-elle refuser de se faire soigner dans un autre établissement, par un autre médecin?

Oui. Le-la patient-e peut décider de continuer à se faire soigner par son médecin, dans son établissement. Toutefois, si il-elle refuse l'offre qui lui est faite, la garantie d'accès ne tient plus. Il n'y a alors plus de limite de temps pour obtenir le traitement.

Les patient-e-s des régions peuvent-ils-elles espérer une amélioration de l'offre de services à proximité de leur localité?

Non. Il semble que les CMA ne s'implanteront pas également en milieu urbain et en région. Cette solution n'aura pas pour effet de diminuer le déséquilibre déjà existant dans l'offre de services entre les grands centres et les régions.

Pour quiconque fera le choix d'être soigné dans sa région ou sa localité, cette garantie pourrait bien n'avoir aucun effet sur le temps d'attente.

Ces mécanismes d'amélioration de l'accès aux soins s'implantent-ils par le recours à l'entreprise privée?

Oui. Par les différentes formes de contractualisation qu'elle prend (les partenariats public-privé, les ententes avec des CMA ou avec des cliniques entièrement privées opérées par des médecins non participants au régime public), la garantie d'accès s'appuie largement sur le recours à l'entreprise privée.

L'assurance privée duplicative proposée par le gouvernement s'adresse-t-elle à tout le monde?

Non. L'assurance privée duplicative est destinée à des groupes particuliers : des personnes en bonne santé, en emploi ou qui ont la capacité de payer. Le privé n'assumera pas les risques et les coûts associés aux patient-e-s présentant des pathologies sévères, le système de santé public le fera à sa place.

4. LA CONTRACTUALISATION : DE NOUVELLES FAÇONS DE FAIRE DES AFFAIRES

Qu'est-ce que la contractualisation des services de santé?

Pour le gouvernement, la contractualisation des services de santé consiste à confier au secteur privé une mission de service public prenant la forme d'un contrat d'affaires formel.

La contractualisation peut-elle prendre plusieurs formes?

Oui. La Loi sur l'Agence des partenariats public-privé du Québec (PPP Québec) et la LSSS offrent plusieurs possibilités aux établissements et aux agences régionales. Le *Chemin du privé en santé* présente les trois principales formes de contractualisation : (1) les partenariats public-privé (PPP), (2) l'achat de services et (3) la sous-traitance.

4.1 LES PPP

Qu'est-ce que les PPP?

Un contrat de partenariat public-privé est un contrat à long terme par lequel un organisme public s'associe à une entreprise du secteur privé, avec ou sans financement de la part de celle-ci, pour la conception, la réalisation et l'exploitation d'un ouvrage public.

Comme dans le cas de la construction du CHUM et du CUSM, deux hôpitaux universitaires montréalais, le secteur privé participe au financement du projet lui-même.

D'où viennent les PPP?

L'initiative serait attribuable au gouvernement de droite de Margaret Thatcher, en Grande-Bretagne, dans les années 1980. Par la suite, les PPP ont été intégrés dans les accords commerciaux sur les marchés publics de l'Organisation mondiale du

commerce (OMC), dans l'Accord de libre-échange nord-américain (ALÉNA) et dans l'Accord sur le commerce intérieur (ACI).

Les PPP représentent un nouveau modèle par lequel les services publics sont redéfinis; il s'agit d'une relation d'affaires entre l'entreprise privée et le gouvernement. L'offre de services publics sous-tend alors une logique marchande.

Le caractère public des contrats signés par PPP Québec est-il garanti?

Non. Les PPP démontrent des lacunes importantes en ce qui a trait à la transparence. Règle générale, les compagnies réclament la confidentialité commerciale pour les informations financières et les données de performance. Il semble même que les vérificateurs généraux de certains pays ou provinces comme la Grande-Bretagne ou l'Ontario se plaignent du manque d'accès à l'information qui leur serait nécessaire pour rendre compte de la manière dont les fonds publics sont dépensés.

Les services professionnels et les services cliniques sont-ils visés par les PPP?

Dans la mesure où la loi ne les exclut pas, ils sont potentiellement visés.

En ce qui concerne les services professionnels, dans l'immédiat cependant, il s'agit plutôt des services de soutien. Par exemple, pour le CHUM et le CUSM, les services visés sont la buanderie, la centrale thermique, les services alimentaires et le stationnement.

Récemment, la notion de services de soutien a été étendue aux services de laboratoires et aux services diagnostics. Selon ce que prévoit la Loi canadienne sur la santé (LCS), certains services ne sont assurés que lorsqu'ils sont offerts en milieu hospitalier. Ils sont désassurés lorsqu'ils sont offerts à l'extérieur des établissements. En 1997, lors de la réforme Rochon, le même principe a été appliqué aux médicaments et aux soins à domicile. Il y a donc un risque que les désassurances soient étendues à toute une gamme de services qui pourront être sous-traités à l'entreprise privée.

Les PPP permettent-ils d'améliorer les conditions de travail du personnel?

Les PPP, ces mécanismes mis en place pour garantir des contrats à l'entreprise privée, font passer le réseau de la santé et des services sociaux d'un modèle à but non lucratif à un modèle à but lucratif.

En sachant que la raison d'être de l'entreprise privée est d'engendrer un maximum de profits et que les dépenses des établissements octroyées à la main-d'œuvre s'élèvent à 80 %, est-il véritablement probable que les contrats en PPP visent l'amélioration des conditions de travail des professionnelles en soins?

Les PPP font-ils diminuer l'endettement public?

Non. L'endettement public ne diminue pas. Il est plutôt dissimulé par un engagement de versements successifs à long terme, généralement de 35 à 50 ans. Il finit par coûter plus cher (20 % plus cher dans certains cas), pour toute la durée de vie du contrat.

Les cliniques en PPP : l'expérience de la Grande-Bretagne

En 2000, le secrétaire à la santé annonçait un important développement des *Private Finance Initiative (PFI)* - qui sont l'équivalent des PPP - d'une valeur de 2,3 milliards, pour y inclure les services cliniques suivants : les chirurgies générales, les pharmacies communautaires, les centres de santé et les installations.

Après 10 ans d'application des PPP dans le secteur de la santé, l'Association professionnelle des médecins anglais, la *British Medical Association*, résume ces conséquences sur le système de santé : les initiatives privées ne mènent pas à l'optimisation des ressources, les coûts continuent à augmenter avec le développement d'initiatives privées, les services ont été coupés pour réduire les coûts et les contrats d'une durée de 25 à 35 ans entraînent un manque de souplesse alors que les projets sont développés sans vision à long terme.

Le bilan des cliniques en PPP de la Grande-Bretagne est lamentable. Les résultats d'une étude réalisée en 2008 démontrent que le secteur privé réalise des profits au détriment des patient-e-s, de la population et des établissements publics.

4.2 L'ACHAT DE SERVICES

De quelles façons se traduisent les achats de services?

L'achat de main-d'œuvre indépendante est un bon exemple d'achat de services. En 2006, quatre millions d'heures de main-d'œuvre indépendante ont été achetées aux agences privées par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de Montréal. Plutôt que de travailler à des solutions d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre dans les établissements publics, il est alarmant de constater que le recours aux agences privées devient une méthode de gestion du personnel, notamment pour les professionnelles en soins.

4.3 LA SOUS-TRAITANCE : LE CAS DE L'HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR DE MONTRÉAL ET DU CENTRE ROCKLAND MD

Que prévoit l'entente conclue entre Sacré-Cœur et Rockland MD?

Au départ, cette entente devait être d'une durée de 5 ans, renouvelable. Toutefois, compte tenu des nombreuses inquiétudes soulevées, cette entente est devenue un projet pilote d'une durée de 6 mois visant à évaluer la faisabilité et la viabilité à long terme d'une telle entente.

L'entente prévoit notamment que :

- Le centre Rockland MD réalise de deux à cinq jours de chirurgie par semaine (environ 300 interventions sont prévues pendant la durée de l'entente);
- L'Hôpital du Sacré-Cœur débourse 9 000 $ par jour de chirurgie pour les coûts relatifs au personnel, à l'infrastructure et à l'équipement;
- Le centre Rockland MD est approvisionné par l'Hôpital du Sacré-Cœur en fournitures et en prothèses;
- Le centre Rockland MD fournit le personnel (ce dernier n'est pas syndiqué);
- Lorsque le-la patient-e est envoyé-e par l'Hôpital du Sacré-Cœur vers le centre Rockland MD, il-elle n'a rien à débourser. Dans le cas où le-la patient-e n'est pas référé-e par l'hôpital, il-elle

paie les frais afférents et seul l'acte médical est défrayé par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Dans ce type de contrats, la clinique est considérée comme un prolongement de l'hôpital. En cas de complications, les patient-e-s sont transféré-e-s à l'établissement public.

Combien coûte l'entente conclue entre Sacré-Cœur et Rockland MD?

Bien que l'Hôpital du Sacré-Cœur ait un déficit accumulé de 47 millions $ et des salles d'opération inutilisées, ce contrat est d'une valeur de 500 000 $, pour une durée de 6 mois, payable par l'Hôpital du Sacré-Cœur à partir de son propre budget. En plus de ce montant, Sacré-Cœur doit fournir le matériel et les prothèses.

Quels types de chirurgies pourra réaliser Rockland MD?

Les types de chirurgies ne sont pas précisés au contrat. Toutefois, comme les chirurgiens sont ceux de l'Hôpital du Sacré-Cœur, il s'agira sûrement de chirurgies d'un jour, dans les domaines de la gynécologie, de l'ORL, de l'orthopédie et de la plastie. Seule la chirurgie ambulatoire pourra être réalisée dans ce centre et, en principe du moins, il ne pourra pas offrir d'hébergement aux patient-e-s.

5. LA LOI 33 ET SES PROJETS DE RÈGLEMENT

Que vise la Loi 33?

Adoptée par le gouvernement Charest en décembre 2006, la Loi 33 met en place une architecture visant à solidifier les assises du privé en santé.

Malgré l'introduction d'un élément positif, la gestion centralisée des listes d'attente pour les services spécialisés et surspécialisés, la Loi 33 modifie en profondeur les principes de base du système de santé du Québec en y introduisant l'assurance privée duplicative pour trois épisodes de soins entourant des chirurgies (hanche, genou et cataracte - d'autres pourront être ajoutées par règlement) et les CMS.

Qu'est-ce qu'une CMS?

Selon le statut du médecin, la Loi 33 distingue deux types de CMS : (1) CMS avec médecins participants à la RAMQ et (2) CMS avec médecins non participants à la RAMQ.

Est-ce que TOUS-TOUTES les patient-e-s pourront être opéré-e-s en CMS?

Dépendamment des CMS.

Oui. Dans les CMS avec médecins non participants qui devraient avoir des capacités d'hébergement.

Non. Dans les CMS avec médecins participants, les patient-e-s seront sélectionné-e-s. Les patient-e-s présentant le moins de facteurs de risques seront transféré-e-s au secteur privé. Les patient-e-s présentant des risques chirurgicaux ne pourront être opéré-e-s en CMS de sorte que les chirurgies les plus lourdes seront assumées par le secteur public.

Est-ce que les patient-e-s devront débourser pour leur intervention?

Cela dépend. Trois situations sont possibles :

- Si le-la patient-e est référé-e par un établissement pour y recevoir une chirurgie : il-elle n'aura rien à débourser;
- Si le-la patient-e se fait opérer par un médecin participant : il-elle paiera les frais afférents (location de la salle d'opération, équipement médical, personnel, etc.);
- Si le-la patient-e se fait opérer par un médecin non participant : il-elle assumera la totalité des coûts, à moins de détenir une assurance privée.

Les pouvoirs du ministre de la Santé et des Services sociaux sont-ils accrus par la Loi 33?

Oui. Parmi les nouveaux pouvoirs qu'il détient, le ministre peut autoriser une entente entre un établissement et une CMS avec médecins non participants ou avec un-e professionnel-le non participant-e.

Le ministre a aussi le pouvoir de présenter un règlement afin d'augmenter le nombre de chirurgies pouvant être effectuées en CMS. À l'automne 2007, il a d'ailleurs allongé la liste de

chirurgies admissibles; si le projet de règlement est accepté, cette liste passera de trois chirurgies à plus d'une cinquantaine.

De plus, le ministre peut autoriser la signature de contrats avec des CMS. Il a également le pouvoir d'autoriser un établissement public ou un établissement privé conventionné à louer ses installations à un-e professionnel-le non participant-e ou à lui en permettre l'utilisation.

La FIQ a dénoncé ces nouveaux pouvoirs du ministre qui permettent de mieux amalgamer le secteur public et le secteur privé. Ces situations mettent les installations du secteur public au service du secteur privé et de sa clientèle, sans bénéfice pour les personnes qui n'ont pas accès aux ressources du privé.

Est-ce que le ministre, qui octroie les permis des CMS, pourra y transférer toute la chirurgie ambulatoire?

Oui. La Loi 33 permet, via la réglementation, le transfert de toute la chirurgie ambulatoire des établissements publics vers les CMS. Cette possibilité avait d'ailleurs été évoquée en 2002. À titre indicatif, entre 2003 et 2004, les établissements publics du Québec ont effectué près de 300 000 chirurgies d'un jour. Si le gouvernement va de l'avant, un immense marché s'ouvrira à l'entreprise privée.

Dans les CMS, est-ce que les ressources humaines auront un lien d'emploi dans le secteur public?

Non. Dans les CMS, les ressources humaines sont embauchées par les CMS qui en sont responsables à tous égards.

Les conditions de travail sont-elles meilleures dans le secteur privé?

Pour l'instant, comme le secteur privé veut recruter, il semble que le salaire y soit supérieur. Toutefois, les autres éléments de la rémunération ne semblent pas au rendez-vous : régime de retraite, vacances, sécurité d'emploi, etc.

De plus, les travailleuses des CMS ne bénéficieront d'aucune représentation pour faire valoir et protéger leurs droits en cas de litige avec l'employeur. Seule la Loi sur les normes du travail (LNT) - qui fixe les conditions minimales de travail au Québec - et la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) régissent les conditions de travail du personnel non syndiqué, incluant celui des CMS.

La FIQ a-t-elle dénoncé la Loi 33?

Oui. Dans son mémoire *Des cliniques publiques financées publiquement*, la FIQ dénonce deux des trois moyens proposés par le gouvernement libéral dans la Loi 33 pour réduire les listes d'attente : les CMS et l'assurance privée duplicative. Pour la FIQ, seul le mécanisme central de gestion de l'accès constitue un moyen efficace pour pallier les délais d'attente déraisonnables.

5.1. CMS AVEC MÉDECINS PARTICIPANTS

Quel sera le rôle des CMS avec médecins participants?

Pour l'instant, le gouvernement n'envisage pas d'autoriser les CMS avec médecins participants à héberger leurs patient-e-s. Il compte plutôt leur donner un rôle de centres ambulatoires, ces centres qui avaient été annoncés au milieu des années 1990 et qui n'ont jamais vu le jour faute de financement adéquat.

Ce type de CMS devient l'extension privée des hôpitaux actuels par le moyen de contrats d'affaires : des ententes d'exclusivité de services d'une durée de cinq ans, renouvelables. Parce que l'entreprise privée peut contracter des ententes de services avec un établissement public, la Loi 33 confère à ce type de CMS le nom de CMA.

Qu'est-ce qu'une CMA?

Les CMA sont des cliniques médicales associées. Trois lieux peuvent devenir des CMA : les CMS avec médecins participants qui signent des contrats d'affaires avec les établissements publics de santé (il s'agit alors de CMS-A), les laboratoires et les cabinets médicaux. Le contrat est autorisé par le ministre de la Santé et des Services sociaux et repose sur le meilleur rapport qualité/coût.

Qui décidera de recourir aux CMA?

Essentiellement, la décision reviendra à l'agence régionale de santé et de services sociaux, au ministre de la Santé et des Services sociaux et aux représentants régionaux des médecins spécialistes qui seront consultés. Tout au plus, l'établissement pourra aussi être consulté, mais la décision finale ne lui reviendra pas, même si son budget peut être mis en cause. De plus, les établissements devront mettre en place des mécanismes de surveillance de la qualité et de la sécurité des services médicaux dispensés dans les CMA, et ce, à leurs frais. Ils assumeront également le traitement des plaintes à l'endroit des CMA.

La décision sera-t-elle prise en fonction des temps d'attente?

Non. Les critères de décision ne prévoient pas que le temps d'attente dans l'établissement soit pris en compte pour offrir des contrats aux CMA. En effet, il ne s'agit pas que d'y transférer des chirurgies excédentaires, il s'agit de transférer des chirurgies au secteur privé tout simplement.

Qu'advient-il en cas de complications en CMA?

En cas de complications, il est prévu que le-la patient-e soit transféré-e en urgence dans l'établissement public où le chirurgien détient des privilèges hospitaliers. Le-la patient-e de la CMA passera alors avant tous-toutes les autres patient-e-s en attente.

Quel montant sera versé aux CMA pour les services médicaux et les chirurgies?

Les services médicaux et les chirurgies seront payés selon un coût unitaire. Toutefois, les établissements publics ne sont pas encore en mesure de les calculer.

Qui paiera les services médicaux et les chirurgies?

Ils seront défrayés par l'agence régionale. Toutefois, puisque celle-ci distribue les budgets aux établissements publics, ces sommes leur seront peut-être amputées. Le ministre Couillard n'a cependant pas annoncé qu'il allait augmenter les budgets des établissements; il s'agit en quelque sorte de sous-traiter ces budgets.

Quelle sera la durée des ententes avec les CMA?

Les ententes seront de cinq ans, renouvelables. Toutefois, comme les budgets des établissements sont d'une seule année, ils seront donc contraints de s'engager pour une durée cinq fois supérieure à celle de leurs propres budgets. Il s'agit là d'une aberration, surtout que le contrat ne peut être résilié pour des motifs de difficultés budgétaires.

Est-ce qu'un nombre minimum de services médicaux ou de chirurgies sera garanti aux CMA par contrat?

Oui. Le contrat devra prévoir un nombre minimal et un nombre maximal de services médicaux ou de chirurgies annuellement. Même si le nombre minimal n'est pas atteint par le CMA, les services devront lui être payés.

Comment seront sélectionnées les CMA?

La procédure de sélection sera déterminée par le ministre de la Santé et des Services sociaux et la décision de recourir à une CMA lui reviendra aussi. Cette décision devra reposer sur le meilleur rapport qualité/coût. Dans l'immédiat, la Loi sur les contrats des organismes publics (Loi 17) ne s'appliquera pas, même si elle vise explicitement le secteur de la santé et des services sociaux.

5.2. CMS AVEC MÉDECINS NON PARTICIPANTS

Quel sera le rôle des CMS avec médecins non participants?

Actuellement, le gouvernement envisage que ce type de CMS permette aux médecins s'étant retirés du régime public d'offrir, en toute légalité, l'hébergement associé aux services médicaux autorisés.

En plus du statut du médecin, l'hébergement devient le principal critère de distinction des CMS.

Les CMS avec médecins non participants sont-ils des hôpitaux privés?

Oui. Si le gouvernement maintient son projet de règlement, les CMS avec médecins non participants seront des hôpitaux privés, à but lucratif. Les CMS avec médecins non participants pourront cumuler les fonctions suivantes :

- Les chirurgies d'un jour des centres ambulatoires;
- Certains traitements avec hébergement des hôpitaux actuels;
- Les soins des cliniques privées.

Les CMS avec médecins non participants seront-ils en concurrence avec les hôpitaux publics?

Oui. À plus ou moins long terme, leur champ d'action sera le même.

Les services offerts par les CMS avec médecins non participants pourront-ils faire l'objet d'une couverture d'assurance duplicative?

Oui. La Loi 33 autorise maintenant la vente de couvertures d'assurance duplicative pour trois épisodes de soins. Tout comme la liste des actes chirurgicaux autorisés, l'élargissement de l'assurance privée pourra se faire par simple règlement du gouvernement.

6. LE RAPPORT CASTONGUAY

Quel était le mandat du Groupe de travail sur le financement du système de santé?

Le mandat officiel du groupe consistait à « formuler des recommandations sur les meilleurs moyens à prendre pour assurer un financement adéquat du système de santé ».

Cependant, dès la préface du rapport, le groupe de travail précise que la société subit de profondes transformations sous la pression de la libéralisation des échanges et de la mondialisation. Donc, le mandat consistait plutôt à « adapter les politiques sociales issues de la Révolution tranquille au nouveau contexte économique et à la mondialisation ». Bien entendu, ce mandat n'a jamais été rendu public.

Le contenu du rapport ne concerne pas seulement le financement du système de santé : 31 recommandations et propositions sur les 37 que contient le rapport traitent de l'organisation des services de santé.

Qui étaient les membres du groupe de travail?

Trois personnes ont composé le groupe de travail : le président, monsieur Claude Castonguay, nommé par le Parti libéral du Québec, la coprésidente, madame Joanne Marcotte, nommée par l'Action démocratique du Québec et le coprésident, monsieur Michel Venne, nommé par le Parti Québécois.

Que dit le rapport Castonguay?

Le rapport propose d'augmenter la contribution des citoyen-ne-s et, surtout, des personnes malades au financement du réseau de la santé par :

- L'augmentation de 1 % de la taxe de vente du Québec (TVQ);
- L'imposition d'une franchise sur l'utilisation des services à partir de 2009;
- Une contribution de 100 $ par année, par adulte, pour appartenir à une clinique de santé.

Le rapport propose que les revenus provenant de la TVQ et de la franchise contribuent à alimenter un fonds de stabilisation dédié à la santé. Au total, les contributions envisagées totalisent entre 2,8 et 2,9 milliards $. Toutefois, de nombreux éléments du rapport ne sont pas quantifiés.

Le rapport Castonguay prévoit-il l'augmentation de la contribution de l'entreprise privée au maintien du système de santé public?

Non. L'entreprise privée, qui a vu ses contributions aux revenus de l'État diminuer d'environ 5 milliards $ au cours des huit dernières années, n'est d'aucune manière sollicitée par les propositions du groupe de travail. Seul-e-s les citoyen-ne-s et les personnes malades sont appelé-e-s à contribuer.

Outre le financement du système de santé, quels autres sujets sont abordés dans le rapport?

Le groupe de travail formule des recommandations en ce qui concerne notamment : le « nouveau » contrat social, la gouvernance du réseau, l'organisation des soins et des services, la budgétisation des établissements et le rôle du secteur privé dans le financement et la prestation des soins.

6.1 « NOUVEAU » CONTRAT SOCIAL

Qu'entend le rapport par « nouveau » contrat social?

Le rapport propose de redéfinir le pacte social qui lie le gouvernement et la population du Québec depuis plus de 40 ans. Un nouveau contrat social est donc proposé, basé sur des valeurs et des principes inconnus du droit à la santé : l'universalité, la solidarité, l'équité, l'efficience, la responsabilité et la liberté.

La liberté, qui sous-tend la liberté de choisir par qui, comment et quand le-la patient-e sera traité-e, représente le principe par excellence du libéralisme économique qui, cette fois, est appliqué au secteur de la santé. À l'exception de l'universalité, ces principes introduits dans le rapport n'ont rien à voir avec les cinq principes de la LCS que sont l'universalité, l'accessibilité, la gestion publique, l'intégralité et la transférabilité.

Quant au ministre Couillard, il n'a jamais exclu la possibilité de revoir cette loi.

6.2 GOUVERNANCE DU RÉSEAU

Quels sont les changements envisagés en ce qui a trait à la gouvernance?

Le rapport parle de redéfinir les rôles des différents paliers du réseau de la santé et des services sociaux (MSSS et RAMQ) et de créer l'Institut national de l'excellence en santé (INES). L'INES serait le fruit de la fusion des organismes suivants : le Conseil du médicament du Québec, l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) et le Commissaire à la santé et au bien-être. Le rôle et le nombre des agences régionales seraient également modifiés.

Quel sera le rôle de l'INES?

Le rapport propose que l'INES ait notamment le mandat de revoir, de manière perpétuelle, le panier des services couverts par le régime public de santé.

Comment les hôpitaux seront-ils gérés?

Le rapport recommande que la gestion des hôpitaux soit confiée à l'entreprise privée, aussi bien en ce qui concerne l'administration que l'achat de soins. Cette approche aurait pour effet de créer une distance encore plus grande entre les décideurs et les professionnel-le-s œuvrant au sein des établissements et elle favoriserait l'entreprise privée.

6.3 ORGANISATION DES SOINS ET DES SERVICES

Pusieurs des recommandations et des propositions du rapport concernent l'organisation des soins et des services. Le *Chemin du privé en santé* en présente deux : l'introduction des cliniques de santé et les producteurs de services.

Comment le rapport Castonguay définit-il les cliniques de santé?

« Cliniques de santé » est une appellation générale qui inclut une variété d'organisations médicales comme les cabinets médicaux, les GMF, les cliniques-réseau, les coopératives et les CLSC. Toutes ces organisations sont visées par la contribution de 100 $ par année, par adulte, proposée au chapitre du financement pour l'usager-ère souhaitant s'inscrire à une clinique. Il s'agit là d'une première étape vers la capitation, soit le financement par individu. Le but est donc de fidéliser les patient-e-s auprès d'une clinique en particulier.

Qui sont les producteurs de services?

Dans le rapport, les producteurs de services sont les établissements, les cliniques de santé et tous les autres fournisseurs, publics et privés, déjà identifiés au sein du RLS. Les CSSS jouent un rôle de coordination et signent des contrats avec l'agence régionale. Ces contrats remplacent les ententes de gestion actuellement en vigueur. Les cliniques de santé sont responsables de la gestion de leurs ressources financières ainsi que de leur personnel professionnel et technique et elles

signent, elles aussi, des contrats avec l'agence régionale. De plus, les médecins travaillant à la clinique de santé signent un contrat avec les CH. Ces règles s'appliquent également aux CMS et aux CMA.

Les CSSS disposent de nouveaux outils pour réaliser leur mandat : les agents de liaison, les technologies de l'information et le dossier de santé électronique, le renforcement de la collaboration entre médecins généralistes et médecins spécialistes ainsi que des mesures incitatives pour favoriser la réduction des délais d'attente. Toujours selon le rapport, à moyen terme, la rémunération des médecins de famille devra évoluer vers un régime mixte, soit un régime en partie par capitation, et le montant sera versé à la clinique de santé et non au CSSS.

6.4 BUDGÉTISATION DES ÉTABLISSEMENTS

Quels sont les changements proposés à la méthode de budgétisation?

Le rapport Castonguay propose que les établissements passent d'un budget historique[1] à un budget à l'activité. Chacune des activités de l'établissement ou chaque épisode de soins sera payé à l'établissement selon un montant fixe. Le montant sera versé au moment de la production du service, le-la patient-e devenant ainsi une source de revenus plutôt qu'une source de dépenses pour l'établissement.

Cette méthode de financement n'est pas nouvelle. Le MSSS a déjà commencé à l'appliquer progressivement dans le réseau de la santé depuis quelques années. Le ministre Couillard a d'ailleurs déjà annoncé un approfondissement de cette forme d'allocation budgétaire, dès le mois d'avril 2008, dans les régions de la Capitale-Nationale, du Saguenay–Lac-Saint-Jean et de l'Estrie.

1 Le **budget historique** est calculé à partir du budget de l'année précédente, augmenté de l'indice des prix à la consommation (IPC) et des coûts de système.

Mise en œuvre de la budgétisation à l'activité : le cas de la France

De 2004 à 2012, la France prévoit la mise en oeuvre progressive de la budgétisation à l'activité. La nouvelle tarification s'applique à tous les établissements publics et privés : 1 400 établissements français étaient visés en 2006. Les tarifs sont établis au niveau national et l'objectif est qu'ils soient uniformes à la date butoir de 2012.

En passant d'un budget historique à un budget à l'activité, la France prévoit ainsi rendre les tarifs des établissements proportionnels à leur productivité et à leur efficience.

À terme, cette réforme aura des conséquences financières néfastes sur les établissements français. En créant des unités de mesure qui permettent de comparer la performance du secteur public avec celle du secteur privé de façon déloyale, la budgétisation à l'activité mène à une convergence des tarifs vers ceux qui sont les plus bas, soit les tarifs du secteur privé.

Il est connu que les coûts du secteur privé diminuent parce que celui-ci n'assume pas les coûts relatifs aux normes d'emploi, à la qualification des emplois, à la formation, aux charges sociales, etc.

6.5 RÔLE DU SECTEUR PRIVÉ DANS LE FINANCEMENT ET LA PRESTATION DES SOINS

Est-ce que le rapport Castonguay propose d'accroître la place du secteur privé dans la santé au Québec?

Oui. Six domaines visent à accroître le privé en santé par :

- La pratique médicale mixte;
- L'assurance privée duplicative pour tous les services offerts par le régime public;
- Les soins privés offerts dans des établissements publics, et ce, afin de diversifier les sources de financement des établissements;
- Un mécanisme transparent d'appel d'offres instauré dans le réseau public pour l'attribution des contrats aux CMA. Il s'agit d'un processus de mise en concurrence des fournisseurs publics et

privés, le même que celui déjà en vigueur dans les municipalités;

- L'introduction d'entreprises spécialisées en gestion pour administrer les établissements publics. Il s'agit de partenariats public-privé dans les CH qui visent particulièrement les couronnes nord et sud de l'île de Montréal;
- La désassurance de services actuellement couverts par le réseau public. Les services désassurés deviennent admissibles à l'assurance privée complémentaire.

Michel Venne a inscrit sa dissidence sur trois de ces six domaines. Il s'oppose à la levée de l'interdiction qui est faite aux médecins de pratiquer à la fois dans le système public et dans le système privé, à l'ouverture plus grande sur l'assurance privée duplicative et à l'introduction des sociétés privées spécialisées en gestion pour administrer les hôpitaux.

Quelle est la position des différents partis politiques du Québec?

- **Parti libéral du Québec (PLQ) :**

Le PLQ a rejeté l'augmentation de la TVQ comme moyen d'accroître le financement dans le réseau de la santé et des services sociaux, bien qu'il ait lui-même demandé au groupe de travail d'examiner cette proposition. Toutefois, il endosse le reste des recommandations, notamment celles concernant les gains de productivité et la révision des façons de faire, y compris la décentralisation des paliers de décisions.

- **Action démocratique du Québec (ADQ) :**

L'ADQ pense qu'il s'agit d'un rapport audacieux et très lucide. Mario Dumont, chef du parti, a acquiescé sans réserve à l'ensemble du rapport. Ses seules réticences concernent la TVQ. L'ADQ préfère la contribution des usagers-ères et croit que le rapport aurait dû aller encore plus loin.

- **Parti Québécois (PQ) :**

Le PQ a une position très ambiguë. Il est clairement contre l'assurance privée duplicative et contre la pratique médicale mixte. Il dit être encore favorable au système public, mais il est contre le statu quo et affirme qu'il faut dépoussiérer le système public. Le PQ maintient sa position sur la révision des façons de faire dans le réseau public de la santé afin d'améliorer la productivité, la transparence et mesurer la performance. Bernard Drainville, le critique du parti en matière de santé, a qualifié d'odieux le ticket modérateur. Par contre, il est difficile de saisir ce que pense le PQ de l'augmentation de la TVQ. Sans nécessairement préciser lesquelles, Pauline Marois, chef du parti, prétend qu'il y a des « choses fort intéressantes et pertinentes » dans le rapport.

- **Québec solidaire (QS) :**

QS rejette l'idée de laisser plus de place au privé dans le système de santé. Il écarte également l'imposition des franchises et des cotisations qui pénaliseraient principalement la classe moyenne. Il souhaite davantage la contribution de la grande entreprise et des contribuables à revenu élevé.

En ce qui concerne les difficultés d'accès au système de santé, QS préconise des solutions publiques par une augmentation importante des services de maintien à domicile, par une augmentation des places en CHSLD pour désengorger les lits d'hôpitaux et par une révision du mode de rémunération des médecins.

À plusieurs égards, les visées gouvernementales actuelles sont d'ordre financier. Par un sous-financement soutenu du réseau de la santé et par l'introduction de l'entreprise privée, le gouvernement Charest choisit de le rendre plus vulnérable qu'il ne l'est présentement, en utilisant l'argent public pour le développement de nouvelles infrastructures privées. Amputés d'une partie de leurs budgets - qui sont envoyés à la contractualisation des services de santé - la survie des établissements publics est sérieusement menacée.

LA PRIVATISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIC : QUEL EN EST LE MODE D'EMPLOI?

- **Vulnérabiliser** les services publics par une réduction des ressources humaines et financières;
- **Remplacer** progressivement les services publics par les services privés;
- **Conclure** des accords dans le plus grand secret et échapper à l'approbation démocratique.

Les propositions retenues par le gouvernement du Québec - que ce soit l'utilisation abusive du jugement Chaoulli, la garantie d'accès, la Loi 33 ou les suites du rapport Castonguay - posent toutes les pierres sur lesquelles pourra s'appuyer une croissance graduelle d'un système de santé à deux vitesses.

Ces propositions peuvent-elles améliorer l'accès aux services de santé pour l'ensemble de la population?

Considérant que :

- La FIQ s'engage à promouvoir et à défendre le droit à la santé pour toute la population du Québec;
- La FIQ vise à promouvoir l'accès à des services publics de qualité partout au Québec;
- La mission fondamentale de la FIQ est la défense et la promotion des intérêts professionnels, économiques et sociaux des professionnelles en soins, notamment leur droit de soigner dans le respect et la dignité;
- La FIQ vise à informer ses militantes, ses membres et l'ensemble de la population sur les dangers de la privatisation des services publics, particulièrement dans le secteur de la santé.

La FIQ exige que :

- Des solutions publiques soient préconisées pour améliorer l'accès aux soins de santé, particulièrement la mise en œuvre de mesures permettant l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre dans les établissements publics;
- L'amélioration de la prestation des services publics de santé passe par l'exclusion du privé dans le financement et la prestation des soins de santé;
- Le gouvernement du Québec rejette le rapport Castonguay, notamment :
    - En prenant une position claire contre la mixité de la pratique médicale,
    - En excluant les recommandations qui visent à confier la gestion des hôpitaux au privé et à permettre l'élargissement des chirurgies autorisées aux assurances privées;
- Le gouvernement du Québec abroge la Loi 33 et sa réglementation.

Liens utiles :

Sommaire du rapport Castonguay :

<www.financementsante.gouv.qc.ca>

Mémoires de la FIQ cités dans le *Chemin du privé en santé* :

<www.fiqsante.qc.ca/documents_publications/avis_memoires.php> :

Des cliniques publiques financées publiquement (2006);

Garantie d'accès ou garantie de soins? (2006);

L'Agence des partenariats public-privé du Québec ou la construction d'un État marchand (2004);

Pour l'avenir des services publics... des projets de loi inutiles, incomplets et dangereux (2003).

FIQ Actualités :

<www.fiqsante.qc.ca/documents_publications/fiq_actualites.php>

Coalition Solidarité Santé :

<www.solidaritesante.qc.ca>

Lexique :

ACI : Accord sur le commerce intérieur

ADQ : Action démocratique du Québec

AETMIS : Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

ALÉNA : Accord de libre-échange nord-américain

CH : centre hospitalier

CHSLD : centre hospitalier de soins de longue durée

CLSC : centre local de services communautaires

CMA : clinique médicale associée

CMS : clinique médicale spécialisée

CMS-A : CMS avec médecins participants qui signent des contrats d'affaires avec les établissements publics de santé

CSSS : centre de santé et de services sociaux

INES : Institut national de l'excellence en santé

LCS : Loi canadienne sur la santé

LNT : Loi sur les normes du travail

LSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux

LSST : Loi sur la santé et la sécurité du travail

MSSS : ministère de la Santé et des Services sociaux

OMC : Organisation mondiale du commerce

PFI : *Private Finance Initiative*

PIB : produit intérieur brut

PLQ : Parti libéral du Québec

PPP Québec : Agence des partenariats public-privé du Québec

PPP : partenariat public-privé

PQ : Parti Québécois

QS : Québec solidaire

RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec

RLS : réseau local de services

TVQ : taxe de vente du Québec



FIQ Montréal | Siège social
2050, rue de Bleury, 4e étage
Montréal (Québec)
H3A 2J5
514 987-1141 | 1 800 363-6541 |
Téléc. : 514 987-7273
Sans frais : 1 877 987-7273
Nouvelle adresse du siège social à compter du 1er mai 2008
1234, rue Papineau, Montréal (Québec) H2K 0A4 |

FIQ Québec
1260, boul. Lebourgneuf, bur. 300
Québec (Québec)
G2K 2G2 |
418 626-2226 | 1 800 463-6770 |
Téléc. : 418 626-2111
www.fiqsante.qc.ca | info@fiqsante.qc.ca